

12

Guías Técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN Á INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DO EMBARAZO

Versión 1. Setembro 2008

XUNTA DE GALICIA

12

Guías Técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN Á INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DO EMBARAZO

Versión 1. Setembro 2008



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN Á INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DO EMBARAZO

ÍNDICE

1. Definición do proceso asistencial.
2. Proceso de elaboración da guía técnica.
3. Metodoloxía utilizada na guía técnica.
4. Obxectivos da guía.
5. Características de calidade do proceso.
6. Proceso xeral, fluxograma.
7. Guía de Actuación Clínica (definición dos subprocesos).
8. Sistema de avaliación e mellora do servizo.
9. Anexos.
 1. Análise da lexislación
 2. Obxección de conciencia



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

1.- DEFINICIÓN DO PROCESO ASISTENCIAL

- Proceso asistencial:

Atención Sanitaria á Interrupción Voluntaria do Embarazo (IVE).

- Alcance:

Todo o persoal do Servizo Galego de Saúde.

- Usuaría:

Muller embarazada que non desexa proseguir co seu embarazo ou desexa ser informada sobre o aborto.

- Propietario do proceso:

División de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde.

2.- PROCESO DE ELABORACIÓN DA GUÍA TÉCNICA

2.1 Participación social

Esta guía técnica forma parte do proxecto de mellora da atención á interrupción voluntaria do embarazo do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Os requirimentos foron identificados nunha mesa de traballo na que participaron representantes da Asociación Galega de Planificación Familiar, da Sociedade Galega de Contracepción, da Federación de Planificación Familiar de España, da Asociación Galega de Matronas, do Centro de Planificación Familiar Novoa Santos, da Asociación Galega pro-lactación MAMOA, da Asociación “Nove Ondas”, da Sociedade Galega de Xinecoloxía e Obstetricia, de Enfermería de Atención Primaria, da Sociedade Galega de Medicina de Familia e Comunitaria, do Servizo de Xinecoloxía do Hospital de Ourense, da Asociación para a Defensa da Sanidade Pública de Galicia (ADSPG), da Unidade de Reprodución Asistida Vigo e do Servizo Galego de Saúde. Posteriormente o proxecto foi asignado a un profesional experto no tema que definiu as tarefas necesarias para acadar os obxectivos definidos no Plan. Estas tarefas e obxectivos foron aprobados no Comité do Plan formado pola conselleira de Sanidade, os dous secretarios xerais, o director xeral de Asistencia Sanitaria e o de Recursos Humanos, a asesora técnica e 3 expertos na materia. A primeira tarefa identificada dentro do proxecto foi a elaboración dunha guía de actuación clínica dirixida aos profesionais sanitarios para a atención á interrupción voluntaria do embarazo.

2.2 Participación dos profesionais

Para a elaboración desta guía, e despois de definirse o fluxograma de procesos, creouse un grupo de traballo composto por profesionais sanitarios expertos no tema que, seguindo a metodoloxía descrita a continuación, definiron e identificaron os criterios e as accións sanitarias que facilitan as tomas de decisión dos profesionais sanitarios que atenden a estas mulleres.

O grupo de traballo tivo que identificar os subprocesos que forman parte do proceso global de atención á interrupción voluntaria do embarazo normal. Para cada subproceso detallaron as actuacións sanitarias (anamnese, probas complementarias, exploración...) que se incluían. Igualmente para cada unha destas actuacións sanitarias os compoñentes do grupo tiveron que definir os seus requisitos ou características técnicas (por exemplo na anamnese qué preguntas se teñen que facer), o grao de recomendación (seguindo o sistema SIGN) desas

características, cando non houbera unha práctica profesional homoxénea, e as características de calidade para realizar ese subproceso asistencial. Por último, tamén tiveron que definir a información que se lle debe dar á usuaria no subproceso. Para a realización deste traballo contouse coa Fundación Fisterrae que participou cunha busca bibliográfica do tema, e Avalia-t para consultas específicas. Con toda esta información elaborouse un documento que foi de novo enviado aos membros do grupo de traballo para a súa revisión.

2.3 Decisión da organización.

O documento presentóuselle á División Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde para a súa revisión e aprobación. Tamén se lle enviou á Fundación Fisterrae para que realizasen unha revisión externa das actuacións incluídas na guía e ao grupo de coordinación do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. O documento final foi presentado ao Comité Técnico do Plan para a súa aprobación final e inicio da súa implantación nas áreas piloto definidas no propio Plan.

3.- METODOLOXÍA UTILIZADA NA GUÍA TÉCNICA

A presente guía técnica non é unha guía de práctica clínica aínda que estas foron a base para a súa elaboración e inclúense na bibliografía. Esta guía quere servir de axuda á toma de decisións dos profesionais que atenden un determinado proceso asistencial, homoxeneizando as actuacións sanitarias en todo o Sistema Sanitario Público de Galicia.

A unidade básica dentro da guía son os chamados “subprocesos” e teñen definidos o seu obxectivo, cando e a quen debe aplicalo e as actuacións sanitarias incluídas nel, coas súas propias características. Tamén están incluídas nesta guía algunhas características de calidade en canto á cualificación ou titulación do profesional e as instalacións e materiais necesarios. Esta guía acompañarase de información específica da área sanitaria, na que o profesional desenvolve o seu traballo, en canto aos fluxos de derivación e a forma de acceso aos especialistas consultores.

En cada subproceso asistencial veñen identificadas as actuacións sanitarias que hai que realizar como poden ser unha anamnese, a solicitude de probas ou a prescrición farmacéutica. De cada unha destas actuacións sanitarias definíronse os seus criterios ou características a modo de guía de práctica clínica. Nos casos en que o grupo considerou que na práctica profesional existe unha variabilidade grande determinouse con detalle o nivel de evidencia científica e apuntouse o grao de recomendación no documento. Nas actuacións sanitarias que o grupo considerou que teñen unha práctica profesional común e que están baseadas na evidencia científica, non se considerou necesario explicitar o grao de recomendación.

O sistema de codificación utilizado para os subprocesos é un código composto polo número de orde de publicación da guía máis un número consecutivo dentro do propio proceso.

Ademais con esta sistemática identificáronse as necesidades materiais e de formación que os xerentes das áreas sanitarias deberán dispoñer para aplicar un determinado proceso asistencial.

4.- OBXECTIVOS DA GUÍA:

Os obxectivos que espera acadar esta guía, unha vez implantada, son:

- Axudar aos profesionais na súa toma de decisións sanitarias para atender a demanda de interrupción do embarazo dentro do marco legal establecido.
- Diminuír a variabilidade na prestación do servizo e mellorar a súa execución.
- Definir de forma clara e precisa as vías de acceso a este servizo.
- Aumentar o grao de satisfacción e de información das mulleres respecto ao trato recibido e o proceso asistencial así como potenciar a súa participación na toma de decisións.

5.- CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DO PROCESO:

Os seguintes apartados definen as características de calidade do proceso:

- Profesionais:

- Profesional que emite os ditames (regulado polo Real decreto 2409/1986)
 - Para practicar o aborto por grave perigo para a saúde ou vida da embarazada, considéranse acreditados (para emitir o informe) os médicos da especialidade correspondente.
 - Para a emisión do informe de afectación fetal, debe ser feito por 2 médicos especialistas dun centro sanitario publico ou privado acreditado para o efecto. Esta acreditación dada pola comunidade autónoma enténdese específica e independente da acreditación para a práctica do aborto. O diagnóstico será sempre de presunción de risco e estimado en criterios de probabilidade. Os devanditos centros deben contar cos medios ou métodos diagnósticos seguintes:
 - Técnicas de ecografía ou similares para o diagnóstico de malformacións.
 - Técnicas bioquímicas apropiadas para o diagnóstico de alteracións cromosómicas.
 - Técnicas analíticas precisas para o diagnóstico de malformacións de orixe infecciosa.
 - Se o médico ditamina falsamente a indicación responde por delito de falsidade.
 - Se o informe negase a existencia dunha indicación que realmente existe, ademais de falsidade, o médico incorrería en responsabilidade por cometer un delito tipificado no artigo 542 do Código Penal.
- Profesional que participa na realización o aborto.
 - Segundo o Real decreto 2409/1986 pode deducirse que o médico debiera ser especialista en obstetricia e xinecoloxía (Art. 1.1).
 - Segundo a técnica utilizada:
 - Aspiración ao baleiro:
 - Especialista en xinecoloxía e obstetricia con experiencia na técnica.
 - Persoal de enfermería adestrado para o quirófano e/ou postoperatorio inmediato.
 - Métodos médicos de aborto:
 - Os mesmos, podendo ser controlado o proceso de dilatación por xinecólogo ou matrona.
 - Dilatación e evacuación:
 - Os mesmos có anterior.

- Profesionais que realizan o seguimento posterior ao IVE.
 - Profesionais que poidan detectar a aparición de posibles complicacións.

- Instalacións:

- Para a realización de todos os subprocesos incluídos necesítase unha consulta que garanta a privacidade da usuaria.
- Os centros nos que se practica IVE deben estar particularmente acreditados para realizar este tipo de intervencións, sendo a acreditación diferente se os abortos que se van realizar son de baixo risco (menos de doce semanas de xestación) ou de alto risco (máis de doce semanas de xestación), para o que deberán reunir determinados requisitos recollidos na lexislación, Real decreto 2409/1986 do 21 de novembro, sobre centros acreditados e ditames preceptivos para a práctica legal da interrupción voluntaria do embarazo.
- Isto foi regulado polo Real decreto 2409/1986 do 21 de novembro, de tal forma que calquera centro público con Servizo de Obstetricia e Xinecoloxía da nosa comunidade cumpre os requisitos esixidos pola lei e ademais están automaticamente acreditados para a realización do aborto. Posteriormente o Real decreto 1277/2003 do 10 de outubro establece unhas bases xerais sobre autorización de centros, servizos e establecementos sanitarios, sendo as comunidades autónomas as que autorizan a instalación, o funcionamento e a modificación e, se é o caso, o peche, dos establecementos sanitarios do seu ámbito territorial. Estes centros teñen que estar provistos dun grupo de profesionais, nos cales se garanta a non obxección de conciencia e os coñecementos legais necesarios.

- Recursos materiais:

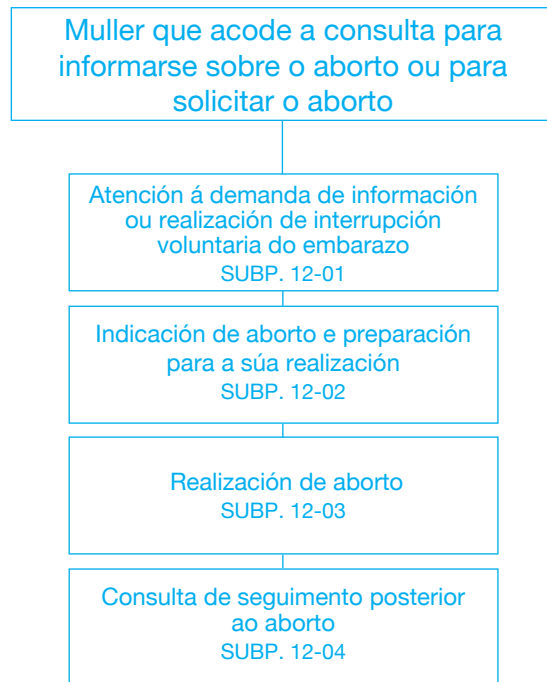
- Comúns:
 - Dotacións estándares de consultas de atencións primaria ou especializada.
- Específicos. Segundo método:
 - Aspiración ao baleiro:
 - Quirófano con equipo de anestesia en caso de sedación.
 - Xinecolóxicos básicos (espéculos, pinzas etc.).
 - Dilatadores mecánicos (Hawkin-ambler, Pratt ou Denniston).
 - Agullas e anestesia local para bloqueo (Lidocaína).
 - Aspirador eléctrico.
 - Cánulas de diversos tamaños.
 - Analxésicos (AINES).
 - Ecógrafo.
 - Equipamento básico de anestesia en caso de optar por sedación.
 - Métodos médicos de aborto:
 - Igual cós anteriores máis os que requira o protocolo utilizado, incluíndo os elementos necesarios para anestesia epidural (se se require) e zona para expulsión fetal.
 - Misoprostol e mifepristona:
 - Dilatación e evacuación
 - Todos os instrumentos mencionados anteriormente.
 - Cánulas e dilatadores de gran calibre.
 - Pinzas especiais (Sopher ou Biere).
 - Occitócicos, ergóticos, prostaglandinas.

- Aspectos organizativos desexables no proceso:

- Dada a sensibilidade destes datos, tanto a información referida á embarazada coma a do centro no que realiza o aborto, é considerada confidencial. Non se facilitará información que non sexa agregada e sempre por comunidades autónomas de residencia da muller que aborta. Todas as persoas que en virtude do seu traballo teñan que manexar esta información estarán sometidas a segredo estatístico ademais do profesional que, se é o caso, corresponda.
- Con carácter anual, a Dirección Xeral de Saúde Pública, unha vez que os datos recollidos son contrastados, tabulados e analizados, elaborará unha publicación anual coas estatísticas correspondentes referidas ao conxunto do Estado e facilitaralles ás autoridades sanitarias de cada comunidade autónoma información sobre as IVE de mulleres residentes na súa comunidade que abortaron fóra dela.
- É sempre indispensable o consentimento da embarazada, salvo en casos de urxencia por risco vital para a xestante. En caso de menores de 18 anos, o consentimento debe ser prestado polos seus representantes legais, salvo que teña 14 anos e estea casada. En caso de incapaces, o consentimento debe ser prestado polos seus representantes legais.
- A cita entre o primeiro subproceso e o segundo debe ser no menor tempo posible dende que a paciente solicita IVE. Teñen que establecerse os mecanismos necesarios para que tanto as interconsultas como as probas complementarias se realicen coa maior brevidade posible (con carácter urxente).
- Os centros onde se realicen as interrupcións voluntarias do embarazo deberán ter:
 - Un equipo de profesionais (anestesistas, enfermería, matronas, auxiliares e persoal administrativo) coordinados polos xinecólogos que realicen o procedemento.
 - Un profesional dentro do equipo do Servizo de xinecoloxía responsable de recibir a demanda e organizar a resolución do proceso.
 - Garantir a prestación todo o ano.
 - A xerencia do centro debe garantir a colaboración dos distintos servizos hospitalarios (farmacia, psiquiatría, anatomía patolóxica etc.) para unha atención prioritaria, cando sexan requiridos.
- A realización de IVE é un acto cirúrxico de complexidade media, independente do tipo de anestesia, no que, tras un breve período de observación tras a intervención, se remite a paciente ao seu domicilio (cirurxía maior ambulatoria), ou ben, no caso de xestacións avanzadas, requiren hospitalización e vixilancia por un tempo lixeiramente máis prolongado (cirurxía maior de curta estancia).

6.- PROCESO XERAL:

Fluxograma:



Subprocesos:

12-01- Atención á demanda de información ou realización de interrupción voluntaria do embarazo.

12-02- Indicación de aborto e preparación para a súa realización.

12-03- Realización de aborto.

12-04- Consulta de seguimento posterior ao aborto.

6.- GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA: DESCRIPCIÓN DOS SUBPROCESOS ASISTENCIAIS

12-01

SUBPROCESO 12-01: ATENCIÓN Á DEMANDA DE INFORMACIÓN OU REALIZACIÓN DA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DO EMBARAZO.

Obxectivo do subproceso:

Realizar unha primeira valoración dos motivos de aborto e orientar o caso.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller que acode a consulta para informarse sobre o aborto ou para solicitar o aborto.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar unha valoración da demanda:

- Preguntar cómo sabe que está embarazada. Pedir proba se non ten confirmación.
- Preguntar o motivo da demanda ou aclarar dúbidas:
 - Explicar e resolver posibles demandas por temor á repercusión sobre o feto en caso de enfermidade de base materna e tratamento crónico.
 - Explicar os supostos legais.

- Informar a usuaria de:

- Alternativas asistenciais segundo motivo.
- Proceso que hai que seguir no sistema público.

- Xestionar a derivación de forma preferente para aplicar o subproceso 12-02.

SUBPROCESO 12-02: INDICACIÓN DO ABORTO E PREPARACIÓN PARA A SÚA REALIZACIÓN.

12-02

Obxectivo do subproceso:

Valorar a indicación e xestionar a prestación do servizo.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller que cumpre cos criterios legalmente establecidos.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar a acollida á usuaria:

- Presentarse: nome e categoría do/s profesional/is que atenden.
- Informar dos coidados e procedementos que se van utilizar.
- Diminuír a ansiedade.

- Proporcionar á paciente toda a documentación e información necesaria do procedemento, unha vez cumpridos os requisitos legais. Procedemento:

- No primeiro trimestre considérase que a aspiración ao baleiro é mellor método cá dilatación e legrado, debido a que presenta menos complicacións (Grimes DA. Medical abortion in early pregnancy: a review of the evidence. Obstet Gynecol 1997;89:790-796) e valorar o aborto farmacolóxico.
- Por encima da semana 12 de xestación é recomendable a preparación cervical con axentes químicos para minimizar os riscos no procedemento (RCOG 2000, OMS 1997).
- Para xestacións superiores ás 14 semanas o máis recomendado é a dilatación e evacuación, con preparación cervical e en mans de persoal experimentado, o aborto médico, ou unha combinación de ambas técnicas (OMS 2003).

- A documentación básica sería:

- Solicitude de interrupción do embarazo.
- Informes ou interconsultas urxentes aos especialistas que teñen que establecer a indicación.
- Consentimento informado do procedemento.
- Consentimento de autopsia fetal nos casos en que proceda.
- Solicitude de probas complementarias segundo os protocolos de cada hospital para intervencións cirúrxicas, xa sexan con sedación, epidural ou anestesia local (hemograma, coagulación, Rx, interconsulta anestesia etc.)
- Documento de ingreso hospitalario (nos casos en que proceda).

- Xestionar o lugar no que se vai realizar o aborto segundo a idade de xestación.

- Valorar a solicitude de apoio polos equipos psicolóxicos e sociais do segundo nivel.

- Rexistrar en Historia Clínica.

- Xestionar a derivación.

SUBPROCESO 12-03: REALIZACIÓN DO ABORTO.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o aborto.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller á que se lle indicou a interrupción voluntaria do embarazo de acordo cos criterios técnicos e legais establecidos.

12-03

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar a acollida á usuaria:

- Presentarse: nome e categoría do/s profesional/is que atenden.
- Informar dos coidados e procedementos que se van utilizar.
- Diminuír a ansiedade.

- Realizar o aborto segundo o método elixido:

- Métodos farmacolóxicos de aborto: Mifepristona en dose única e Misoprostol en doses repetidas (consentimento informado). É importante que se inclúa a súa utilización nos protocolos do servizo correspondente coa documentación que avala a súa utilización para esta indicación.
- Métodos cirúrxicos: Aplicación do procedemento específico do centro.

- Realizar a xestión da declaración oficial. Cada IVE que se realiza ten que ser notificada polo médico responsable dela á autoridade sanitaria da comunidade autónoma onde se levou a cabo a intervención, quen á súa vez informa á Dirección Xeral de Saúde Pública do Ministerio de Sanidade e Consumo.

- Valorar a aparición de posibles complicacións en métodos cirúrxicos:

- Hemorraxia.
- Dor excesiva debido a perforación, sobre todo en abortos tardíos.

- Valorar a alta:

- En métodos cirúrxicos: En ausencia de complicacións, a maioría das pacientes poden deixar o centro tan axiña como se sintan capaces e os seus signos vitais sexan normais. Despois de abortos en etapas tardías ou tras sedación ou anestesia xeral, os períodos de recuperación poden ser máis longos e pode ser necesaria unha observación máis próxima.
- En métodos farmacolóxicos:
 - En xestacións inferiores a 7-8 semanas nas que a interrupción se realiza por métodos médicos poden ir aos seus domicilios (daranse instrucións claras, simples, orais e escritas dos coidados que hai que seguir, unha vez que deixan o centro, incluíndo a identificación de posibles complicacións). Programarase unha consulta no centro para confirmar a total expulsión do embrión/feto e restos ovulares.
 - En xestacións superiores ás 12 semanas deben permanecer no centro ata que a expulsión sexa completa, dado o maior risco de hemorraxia.

- Rexistrar en Historia Clínica.

- Xestionar consulta para revisión.

- Métodos cirúrxicos ou farmacolóxicos en xestacións superiores a 12 semanas: en aproximadamente 10 días.
- Método médico en xestacións inferiores a 7-8 semanas: visita de control aos 10 ou 15 días.
- En ocasións pode ser necesaria unha nova visita para lle dar información á paciente sobre as alteracións fetais encontradas e consello reprodutivo (nos casos de aborto por enfermidade fetal).

12-03

SUBPROCESO 12-04: CONSULTA DE SEGUIMIENTO POST- ABORTO.

Obxectivo do subproceso:

Verificar o benestar da usuaria e identificar e tratar de forma precoz posibles complicacións do aborto.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller á que se lle practicou un aborto.

12-04

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar a acollida á usuaria:
 - Informar dos coidados e procedementos que se van utilizar.
- Confirmar que o aborto foi completo.
- Valorar a aparición de posibles complicacións tardías.
- Valorar a necesidade de apoio psicológico.
- Valorar o establecemento de anticoncepción (Aplicar a Guía Técnica do proceso de Anticoncepción).
- Derivar a xinecoloxía se hai complicacións.
- Derivar a saúde mental no caso de identificación de necesidade de apoio psicológico.
- Rexistrar en Historia Clínica.

8.- SISTEMA DE AVALIACIÓN E MELLORA DO PROCESO ASISTENCIAL-ABORTO.

O responsable do proceso na comunidade autónoma deberá presentar anualmente un informe cos seguintes indicadores e unha proposta de melloras.

- Indicadores de accesibilidade:
 - % de mulleres ás que se realiza o aborto no seu centro sanitario de referencia.
 - % de casos nos que o tempo entre a primeira demanda e a realización da interrupción voluntaria do embarazo é menor ou igual a 15 días.
- Indicadores de calidade:
 - % de mulleres que teñen que volver ao centro sanitario por complicacións.
- Indicadores de produción / rendemento:
 - Número de consultas por aborto.
 - Número de abortos realizados.

Deseñaranse medicións do grao de satisfacción da atención prestada (calidade asistencial, información recibida, apoio emocional etc.).

9.- ANEXO 1: ANÁLISE DA LEI DO ABORTO

Lei orgánica 9 do 5 de xullo de 1985 que modifica o art. 417 bis do Código Penal. (BOE núm. 166 do 12 de xullo de 1985)

- Artigo único:

O artigo 417 bis do Código Penal queda redactado do seguinte xeito:

1. Non será punible o aborto realizado por un médico, ou baixo a súa dirección, nun centro ou establecemento sanitario, público ou privado, acreditado e con consentimento expreso da muller embarazada, cando concorra algunha das circunstancias seguintes:
 1. Que sexa necesario para evitar un grave perigo para a vida ou a saúde física ou psíquica da embarazada e así conste nun ditame emitido con anterioridade á intervención por un médico da especialidade correspondente, distinto daquel por quen, ou baixo cuxa dirección, se realice o aborto. En caso de urxencia por risco vital para a xestante, poderá prescindirse do ditame e do consentimento expreso.
 2. Que o embarazo sexa consecuencia dun feito constitutivo de delito de violación do artigo 429, sempre que o aborto se realice dentro das primeiras 12 semanas de xestación e que o mencionado feito fose denunciado.
 3. Que se presuma que o feto nacerá con graves taras físicas ou psíquicas, sempre que o aborto se realice dentro das 22 primeiras semanas de xestación. E que o ditame, expresado con anterioridade á realización do aborto, sexa emitido por dous especialistas do centro ou establecemento sanitario, público ou privado, acreditado para o efecto, e distintos daquel por quen, ou baixo cuxa dirección, se realice o aborto.
2. Nos casos previstos no número anterior, non será punible a conduta da embarazada aínda cando a realización do aborto non se realice nun centro ou establecemento público ou privado acreditado ou non se emitisen os ditames médicos esixidos.

- Lexislación básica:

- Lei orgánica 10/1995, do 23 de novembro, do Código Penal (BOE do 24 de novembro de 1995).
- Lei orgánica 9/1985, do 5 de xullo, de reforma do artigo 417 bis do Código Penal (BOE do 12 de xullo de 1985).
- Real decreto 2409/1986, do 21 de novembro, sobre centros acreditados e ditames preceptivos para a práctica legal da interrupción voluntaria do embarazo (BOE do 24 de novembro de 1986).
- Orde do 16 de xuño de 1986 sobre estatísticas e información epidemiolóxica das interrupcións voluntarias do embarazo realizadas conforme á Lei orgánica 9/1985, do 5 de xullo (BOE do 3 de xullo de 1986).
- Resolución do 27 de xullo de 2007 sobre estatística e información epidemiolóxica das interrupcións voluntarias do embarazo realizadas conforme á Lei Orgánica 9/1985, do 5 de xullo (BOE do 14 agosto de 2007).

9.- ANEXO 2: A OBXECCIÓN DE CONCIENCIA E O ABORTO

É a negativa a cooperar ou executar o aborto baseándose na convicción persoal de que tal actuación supón unha grave infracción da lei moral, normas deontolóxicas ou prescricións relixiosas.

Dáse a circunstancia de que as distintas normas legais relacionadas co aborto NON fan referencia ao tema da obxección de conciencia. Movémonos na legalidade emanada dunha sentenza do Tribunal Constitucional (Sentenza 53/1985 do 11 de abril) da que se deduce que a obxección de conciencia forma parte do contido do dereito fundamental á liberdade, ideolóxica e relixiosa. Á dita obxección pódese acoller todo o persoal sanitario susceptible de actuar en prácticas abortivas. Parece interpretarse que só se pode obxectar ao feito do aborto, calquera outro proceso derivado da realización do aborto (complicacións) non pode ser motivo de obxección. O perigo grave para a vida da nai anula a obxección, neste caso incluso está obrigado a actuar.

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

